参考（様式２）

〇任意の情報提供書です。お持ちの情報提供書をご活用いただくことも可能です。

薬剤師から主治医への服薬情報提供書

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　 先生　御侍史  | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者名：生年月日：昭和　　　年　　　月　　　日　（ 男・ 女 ） | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |
| この情報を伝えることに対して　□患者の同意を得た。□患者の同意は得ていないが、治療上必要だと思われますので報告いたします。 |
| 下記のとおり、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。 |

主治医から薬剤師への返書

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局名称薬剤師　　　　　　　　　　　　　先生 | 医療機関名　名称・所在地 |
| 下記のとおり、ご連絡いたします。 |

（※必要時のみ、ご活用ください。）